



NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas

Universidade NOVA de Lisboa

**Implementación de un programa multicomponente
para la prevención de la conducta suicida en el País
Vasco. Resultados del subproyecto 1: Prevención
de conducta suicida en pacientes de alto riesgo con
técnicas de telemedicina.**

Master's dissertation in Mental Health Policy and Services

By

Andrea Gabilondo Cuéllar

Supervised by:

Professor Graça Cardoso

2017

Agradecimientos

Pacientes, familiares y profesionales que han participado en el estudio.

Abstract (Spanish)

Implementación de un programa multicomponente para la prevención de la conducta suicida en el País Vasco. Resultados del subproyecto 1: Prevención de conducta suicida en pacientes de alto riesgo con técnicas de telemedicina.

- **Introducción y objetivos:** La prevención del suicidio ha experimentado un gran avance gracias al desarrollo de intervenciones multicomponente. El uso de la telemedicina es también un área prometedora de intervención. En este trabajo se describen los resultados de la aplicación en el País Vasco (España) de una de las 4 intervenciones que componen el Programa de prevención de suicidio de la Alianza Europea contra la Depresión que se está implementando en el territorio: Un programa de seguimiento telefónico de pacientes con alto riesgo de suicidio. En concreto se evalúa la eficacia y viabilidad del uso de una versión acortada de esta intervención (6 meses en lugar de 12 o más, cuya eficacia ya ha sido reflejada en la literatura).
- **Método:** Estudio de intervención prospectivo, multicéntrico, no randomizado y con grupo control. El grupo intervención lo forman pacientes mayores de edad dados de alta del Hospital de Galdakao y del Hospital Universitario de Araba tras una tentativa de suicidio. Dichos pacientes reciben un total de 5 llamadas protocolizadas breves durante 6 meses, a cargo de profesionales de enfermería debidamente formados. Dicha intervención se añade al tratamiento habitual de los pacientes (decidido por el médico de cada paciente), sin sustituirlo. El grupo control lo forman los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Donosti por el mismo motivo. Reciben el tratamiento habitual (decidido por el médico de cada paciente) pero no el seguimiento telefónico. La información sobre las tentativas atendidas se recogió de los registros hospitalarios.
- **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 123 personas en el grupo intervención (48,4% de participación) y de 463 en el grupo control. En el grupo intervención un 66,7% fueron mujeres, la edad media fue de 41,2 años (DE 13,6), la intoxicación farmacológica fue el método más empleado (96,1%). El 41,5% completaron el programa de seguimiento telefónico. No se observaron diferencias significativas entre el grupo intervención y control en el porcentaje de pacientes que realizó un reintento durante el periodo de observación de 12m ($p=0,67$) ni en el número de reintentos a los 12 meses ($p=0,66$). Los pacientes del grupo intervención tardaron significativamente más en realizar el primer reintento (media: 324 días; DE 284), en comparación con el grupo control (media: 188 días; DE 190) ($p=0,03$). El análisis de supervivencia no mostró diferencias significativas entre los grupos intervención y control (Prueba del log-rank: $p=0,135$).

- **Conclusiones:** Los resultados obtenidos sugieren que la propuesta es viable y aceptada por los pacientes. A la vez muestran que el planteamiento propuesto de acortar la intervención a 6 meses podría ser útil para retrasar los reintentos en los pacientes, pero no parece asociarse a una reducción de los porcentajes de reintento ni del número de tentativas por lo que globalmente dichos resultados no apoyan la reducción del seguimiento y sugieren la necesidad de mantener un mínimo de 12 meses los contactos.

- **Palabras clave:** Suicidio, prevención, telemedicina

Abstract (English)

Implementation of a multicomponent program for the prevention of suicidal behavior in the Basque Country. Results of the subproject 1: Prevention of suicidal behavior in high risk patients with telemedicine techniques

- **Introduction and objectives:** The prevention of suicide has experienced great advance thanks in part to the development of multicomponent interventions. The use of telemedicine is also a promising area for intervention. This paper describes the results of the application in the Basque Country (Spain) of one of the four interventions that make up the European Alliance Against Depression program (EAAD) model, a multicomponent suicide prevention program which is being implemented in the territory: A telephone follow-up program for patients at high risk of suicide. In particular, the study analyses the efficacy and feasibility of a shortened version of this intervention (6 months instead of the usual 12 or more months' follow up, whose efficacy has already been verified in the literature).

- **Methods:** This is a multicenter, prospective non-randomized intervention study, with control group. The intervention group is composed of adults discharged from 2 general hospitals (Hospital Galdakao and Hospital Universitario de Araba) after a suicide attempt. Those patients are enrolled in a telephone follow-up program during 6 months including 5 short protocolized calls made by nurses which received specific training. The intervention is added to the usual treatment of the patients, without replacing it. The control group is composed of patients discharged from a third general hospital (Hospital Universitario de Donosti) for the same reason. These received the usual treatment but not the telephone follow-up. Information about new suicide attempts was retrieved from the hospital registries.

- **Results:** The sample was composed of 123 patients in the intervention group and 463 in the control group. Among those in the intervention group, 66.7% were women and the mean age was 41.2 years (SD=13.6). Pharmacological intoxication was the most commonly used method (96.1%).41.5%

of patients completed the telephone follow-up program. No significant differences were observed among groups in the % of patients who did a reattempt during the observation period of 12m ($p=0.67$) nor in the number of reattempts at 12m ($p=0.66$). Significant differences were observed between both groups in the time to the first reattempt, being this longer in the intervention group (Mean: 324 days, SD 284), than in the control group (mean: 188 days; SD=190) ($p=0.03$). The survival analysis did not show significant differences between the intervention and control groups (log-rank test: $p = 0.135$).

- **Conclusions:** The results suggest that the proposal is feasible and accepted by the patients. At the same time, it shows that the proposed approach with a shortened version of the follow up could delay reattempts in patients but it does not seem to be associated with a reduction in the percentages of reattempters or the total number of reattempts and therefore, overall, they do not support a reduction in the follow-up to 6 months, suggesting the need to maintain contacts during a minimum of 12 months.

- **Keywords:** Suicide, prevention, telemedicine

Resumo (Portuguese)

Implementação de um programa multicomponente para a prevenção do comportamento suicida no País Basco. Resultados do subprojeto 1: Prevenção do comportamento suicida em pacientes de alto risco com técnicas de telemedicina

- **Introdução e Objetivos:** A prevenção do suicídio tem experimentado um grande avanço com o desenvolvimento de intervenções com vários componentes. O uso da telemedicina é uma área promissora de intervenção. Este artigo apresenta os resultados da aplicação no País Basco de uma das quatro intervenções que compõem o programa multicomponente de prevenção do suicídio Aliança Europeia Contra a Depressão (EAAD) a ser implementado no território descrito: Um programa de acompanhamento telefónico de pacientes com alto risco de suicídio. Em particular, foram avaliadas a eficácia e praticabilidade de usar uma versão encurtada de esta intervenção (6 meses em vez dos seguimentos habituais de 12 ou mais meses, cuja eficácia já foi verificada na literatura).

- **Método:** Estudo de intervenção prospectivo, multicêntrico, não-randomizado com grupo de controlo. O grupo de intervenção consiste em doentes com alta do hospital Galdakao e do Hospital Universitário de Araba, após uma tentativa de suicídio. Estes pacientes recebem um total de 5 chamadas breves protocolizadas durante 6 meses, realizadas por profissionais de enfermagem devidamente treinados. Este tipo de intervenção foi adicionado ao tratamento habitual de pacientes (determinado pelo médico para cada paciente), sem substituição. O grupo de controlo foi composto de

pacientes tratados no Hospital Universitário de San Sebastian, pela mesma razão e que receberam o tratamento usual, mas sem follow-up telefónico. As informações sobre novas tentativas de suicídio foram obtidas a partir dos registos hospitalares.

- **Resultados:** Obteve-se uma amostra de 123 pessoas no grupo de intervenção (48,4%) e 463 no grupo de controlo. No grupo de intervenção 66,7% eram mulheres, com uma idade média de 41,2 anos (Desvio Padrão=13,6). O método mais utilizado (96,1%) foi intoxicação por drogas e 41,5% completaram o programa de follow-up telefónico. Não se observaram diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controlo quanto à percentagem de pacientes que repetiu a tentativa de suicídio durante o período de observação de 12 m ($p=0,67$) ou o número de tentativas durante os 12m ($p=0,66$). Os pacientes do grupo de intervenção levaram significativamente mais tempo para executar a primeira repetição (média: 324 dias; Desvio Padrão =284), em comparação com o grupo de controlo (média=188 dias; Desvio Padrão=190) ($p=0,03$). A análise de sobrevivência não mostrou nenhuma diferença significativa entre os grupos de intervenção e de controlo (teste log-rank: $p=0,135$).

- **Conclusões:** Os resultados sugerem que a intervenção é viável e aceite pelos pacientes. Ao mesmo tempo parece mostrar que a abordagem proposta poderia atrasar tentativas de suicídio em pacientes, mas não parece estar associada com uma redução na percentagem de pacientes que fazem uma nova tentativa ou do número de tentativas. Estes resultados não são compatíveis com a redução do follow-up para 6 meses, sugerindo a necessidade de manter contato telefónico por um mínimo de 12 meses.

- **Palavras chave:** suicídio, prevenção ,telemedicina

Apartados:

- Introducción y estado actual del conocimiento. Página 8.
- Hipótesis y Objetivos. Página 14
- Diseño y Metodología. Página 15
- Resultados. Página 20
 1. Descripción de la muestra: Variables de participación. Página 20
 2. Descripción de la muestra: Variables sociodemográficas, características clínicas de los pacientes, características de las tentativas. Página 20.
 3. Adherencia a la intervención (seguimiento telefónico). Página 23.
 4. Variables respuesta. Página 24.
 5. Comparación entre pacientes incluidos y no incluidos en la intervención. Página 30
- Discusión. Página 31
- Conclusiones. Página 34
- Referencias. Página 35
- Anexo 1. Página 38.

Lista de Tablas y Figuras:

- Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes incluidos. Página 21
- Tabla 2. Manejo de la Tentativa suicida. Página 22
- Tabla 3. Características clínicas de los pacientes. Página 22
- Tabla 4. Características de la tentativa inicial de suicidio. Página 23
- Tabla 5. Seguimiento de la intervención. Página 24
- Tabla 6. Reincidencia de la tentativa de suicidio. Página 25
- Tabla 7. Regresión logística para reincidencia de la tentativa de suicidio a los 6 meses. . Página 25
- Tabla 8. Regresión logística para reincidencia de la tentativa de suicidio a los 12 meses. Página 25
- Tabla 9. Número de reintentos. Página 26
- Tabla 10. Regresión de Poisson para el número de reintentos a los 6 meses. Página 26
- Tabla 11. Regresión de Poisson para el número de reintentos a los 12 meses. Página 27
- Tabla 12. Tiempo hasta el primer reintento. Página 27
- Tabla 13. Regresión de Cox para el tiempo hasta el reintento. Página 29
- Tabla 14. Comparación de edad y sexo entre pacientes incluidos en la intervención y no incluidos. Página 30
- Tabla 15. Comparación de % de tentativas que acaban en ingreso y derivaciones al alta. Página 30
- Figura 1. Seguimiento de la intervención (“Sí+Incompleta”). Página 24
- Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier por grupo. Página 28
- Figura 3. Curvas de Kaplan-Meier por grupo restringidas a 6 meses. Página 29

Lista de acrónimos

- AP: Atención Primaria
- CAV: Comunidad Autónoma del País Vasco
- CS: Consejo Sanitario
- CSM: Centro de Salud Mental ambulatorio
- DE: Desviación Estándar
- EAAD: Alianza Europea Contra la Depresión
- HUA: Hospital Universitario de Alaba
- OMS: Organización Mundial de la Salud

- *Suicidio y conducta suicida, grandes problemas de salud pública:*

La mortalidad por suicidio constituye un **problema de salud pública** en numerosos países. Según fuentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las tasas de suicidio en el mundo se han incrementado un 60% durante los últimos 45 años, y es una de las 10 causas de muerte prematura en Europa. Se estima que en la Unión Europea mueren cada año cerca de 60,000 personas por este motivo, superando a las muertes por accidentes de tráfico. El incremento ha sido especialmente notable entre los más jóvenes, en los que el suicidio supone ya la segunda o tercera causa de muerte, según la región.

A pesar de la magnitud de estas cifras, el suicidio consumado constituye sólo la punta del iceberg de un fenómeno más amplio, **la conducta suicida** (pensamientos suicidas y tentativas frustradas), generador también de gran padecimiento, coste económico y discapacidad. Las autolesiones son responsables de un 1.4% de la carga global de enfermedad en el mundo y se estima que esta cifra podría aumentar hasta el 2.4% en 2020 (Fleishman, 2008). En España un 4.4% de la población ha presentado ideas serias de suicidio a lo largo de su vida y un 1.5% ha realizado un intento (Gabilondo, 2007). De hecho se estima que por cada persona que se quita la vida 20 lo intentan (Schmidtke, 1996) y en EEUU se les atribuye un coste anual superior a los 4,5 billones de dólares (Yang, 2007).

Se trata de un **fenómeno complejo**, que tiene una etiología multifactorial y su aparición se relaciona con determinantes de tipo neurobiológico, psicológico y socioeconómico. Dichos factores se distribuyen de forma desigual en la sociedad e interaccionan de forma compleja predisponiendo a las personas y poblaciones de formas muy diversas. Es por ello que la prevención del suicidio ha sido considerada uno de los grandes retos del conocimiento y de la salud pública en nuestro entorno (WHO, 2010; Wahlbeck, 2009).

- *Avances en la prevención de suicidio a nivel internacional. Proyecto de la Alianza Europea contra de Depresión:*

A pesar de la existencia de buenos modelos en los que el esfuerzo de profesionales y la sociedad en su conjunto han conseguido reducir notablemente el impacto de problemas complejos de salud pública (un buen ejemplo lo constituyen las muertes y lesiones por accidentes de tráfico) el hasta hace poco posicionamiento poco prioritario del suicidio en las agendas políticas en salud y la perspectiva fundamentalmente clínica empleada ha impedido obtener resultados similares.

En los últimos años se ha producido un cambio importante y la prevención de suicidio ha comenzado a contar con el firme respaldo de instituciones internacionales como la **Organización Mundial de Salud y la Comisión Europea** que la califican como una **prioridad en las políticas de salud**

pública y instan a profesionales y autoridades nacionales al desarrollo de acciones eficaces (European Commission, 2005, 2007, 2008; European Parliament, 2009; World Health Organization, 2005, 2013). Por otro lado, los resultados prometedores de intervenciones **multicomponentes** que incluyen un preventivo **enfoque poblacionales** han despertado el interés de la comunidad científica y han supuesto un punto de inflexión en la lucha contra el suicidio. Dichos modelos combinan intervenciones desde ámbitos de actuación diversos (sanitario, comunitario, educativo, medios de comunicación, etc.), tienen su foco en la población general (a diferencia del enfoque tradicional o de “alto riesgo” centrado en el paciente psiquiátrico) y han demostrado reducciones en la conducta suicida de hasta el 20-25% (WHO, 2010; Wahlbeck, 2009). Por ello son considerados ya el “gold standard” en la prevención de suicidio (Wahlbeck, 2009).

- *Proyecto de la Alianza Europea contra de Depresión:*

Bajo este enfoque poblacional y multicomponente, el proyecto European Alliance Against Depresión (**Alianza Europea Contra la Depresión, EAAD: www.eaad.net**) constituye una de las iniciativas de mayor alcance e impacto en la prevención del suicidio en Europa hoy en día.

El modelo surgió en la década de los 90 en Alemania como "Alianza de Núremberg contra la Depresión" y ha ido extendiéndose a lo largo del continente gracias a sus buenos resultados, con reducciones en la conducta suicida cercanas al 24% en varios lugares de aplicación (Hegerl, 2008). En la actualidad el modelo está presente en más de 15 países europeos y cuenta con colaboradores en más de 100 redes regionales de salud mental. Ha sido considerada como un modelo de buena práctica en prevención de suicidio por la Comisión Europea (DG SANCO).

El modelo EAAD se caracteriza por la combinación de intervenciones en 4 niveles de actuación e incluye:

1. *Acciones de sensibilización y educación sobre la depresión para la población general.*

Pretenden reducir las barreras de acceso al tratamiento de la depresión (principal factor de riesgo poblacional del suicidio) a través de la información y sensibilización ciudadana sobre el trastorno. Incluye la difusión de mensajes a través de los medios o la colocación de carteles y dípticos informativos en puntos estratégicos.

2. *Formación de agentes comunitarios en detección y manejo del riesgo de suicidio.*

Pretende mejorar la capacidad de los profesionales en contacto diario con personas en situación de riesgo para ofrecerles una ayuda útil en la prevención. En este grupo de personas se incluyen farmacéuticos, trabajadores sociales, policías, educadores, o sacerdotes, entre otros. Incluye la formación en los conocimientos y habilidades necesarias para detectar y dar una primera respuesta a las situaciones de riesgo, hasta que la persona pueda ser valorada por un profesional de la salud.

3. *Acciones de sensibilización y formación para profesionales de los medios de comunicación.*

La OMS reconoce a los profesionales de los medios como elementos clave en la prevención de suicidio (WHO, 2010). La intervención pretende sensibilizar a los profesionales de los medios de comunicación sobre su papel en la prevención de suicidio y capacitarles para realizar una cobertura mediática que contribuya a su prevención. Incluye el trabajo con los profesionales a través de encuentros, talleres, cursos, etc.

4. Acciones para mejorar la atención sanitaria de los pacientes con alto riesgo de suicidio.

Pretende fomentar cambios en los circuitos y recursos de atención sanitaria para ofrecer una respuesta más rápida y eficaz en la prevención de suicidio. Es especialmente dirigida a los pacientes de más alto riesgo.

- *Intervenciones sobre pacientes de alto riesgo. El papel de la telemedicina:*

Los intentos de suicidio son uno de los principales **factores de riesgo de suicidio consumado** y suponen un buen marcador de **riesgo a corto plazo** ya que un porcentaje significativo de los reintentos se producen en los primeros meses posteriores a la tentativa, en especial los 3 primeros meses (Kapur, 2005; Spirito, 2003; De Leo, 2002; Colman, 2004). Además, se ha descrito una historia previa de tentativa entre el 30 y el 47% de suicidios y se sugieren unas tasas de mortalidad de las tentativas del 10-15% en 2 años (Harris, 1997; Spirito, 2003; De Leo, 2002).

Por todo ello la intervención sobre el espectro suicida es un elemento clave en muchos programas de prevención de suicidio. Los **sistemas de apoyo específico para pacientes de riesgo** están entre las intervenciones de prevención de suicidio más eficaces y en concreto se ha comprobado que diversas modalidades de seguimiento de pacientes con historia reciente de intento de suicidio pueden reducir las tasas de suicidio o la repetición de los intentos en éstos (Luxton, 2013). Entre ellas, las intervenciones denominadas “*stay in touch*” (estar en contacto), son una forma de seguimiento no intensivo a través de contactos breves que incluye **diversas modalidades de teleasistencia**. Un estudio de revisión reciente sobre este tipo de intervenciones concluyó que los contactos breves y repetidos con pacientes que han realizado una tentativa reciente pueden ser una modalidad eficaz en la prevención de suicidio a diferencia de otras formas de intervención en las que los resultados son menos claros (Luxton, 2013). No se conoce el mecanismo exacto por el cual los formatos de seguimiento “remoto” y breve consiguen reducir el riesgo de suicidio pero se cree que podrían actuar mitigando el efecto de la sensación de soledad y aislamiento de los pacientes, uno de los factores de riesgo conocidos del suicidio, además de servir como elemento potenciador de la **adherencia a los tratamientos** (Luxton, 2013). Es interesante recordar que el abandono del posterior seguimiento ambulatorio es muy frecuente (hasta el 50%) en pacientes atendidos en urgencias por una tentativa de suicidio (van Heeringen, 1995) y también que un 90% de los casos de suicidio se asocian a una patología mental, en especial a trastornos frecuentemente crónicos y con baja adherencia a tratamientos como la depresión o los problemas con el alcohol (el 40% de las personas con depresión

mayor no reciben tratamiento sanitario alguno en España) (Arsenault-Lapierre, 2004; Man, 2005; Gabilondo, 2011). En estos casos el seguimiento con técnicas de telemedicina ha sido considerado una opción viable y de más fácil generalización en un territorio determinado que otras modalidades más intensivas (Vaiva, 2011). Son objeto además de buena aceptación y se describen altos porcentajes de seguimiento (Luxton, 2013). Incluye fundamentalmente dos grandes tipos de intervención:

- Envío periódico de cartas breves al domicilio, habitualmente firmadas por un profesional conocido del paciente y en las que se muestra interés por el estado de éste y se le anima a contactar con el centro en caso de necesidad.

- Seguimiento telefónico, con llamadas regulares de corta duración que pretenden evaluar el estado del paciente y mejorar su adherencia a los tratamientos recomendados.

Se han probado también fórmulas no invasivas como la entrega de “tarjetas de crisis” con información sobre recursos locales y teléfonos de asistencia inmediata con buenos resultados en pacientes tras un primer intento de suicidio (Evans, 2005).

El **seguimiento telefónico breve** de pacientes **tras una tentativa** de suicidio es una de las modalidades sobre las que se dispone de mayor evidencia. En los últimos años se han publicado diversos estudios controlados con datos de más de 3500 pacientes que sugieren la eficacia de este enfoque preventivo en el que se realizan contactos breves pero regulares con los pacientes de riesgo por parte de personal sanitario (por ej Fleischmann, 2008; Cebrià, 2013; Vaiva, 2006; o Miller, 2017). Hasta la presente fecha se ha demostrado la eficacia de intervenciones de duración superior a 12 meses, con la excepción de una intervención de duración menor pero con contactos precoces con los pacientes (1 mes tras la tentativa) (Vaiva, 2006). A pesar de la utilidad potencial de este tipo de enfoques, que emplean técnicas relativamente sencillas, de bajo coste y por lo tanto de más fácil generalización que otras intervenciones, todavía no se conocen las condiciones óptimas de su aplicación, y en especial cuál debe ser su duración mínima. Teniendo en cuenta que el riesgo de repetición de la conducta suicida es máximo en los primeros 3-6 meses parece indicado intensificar los esfuerzos durante ese periodo, sin que quede claro qué beneficios potenciales aporta el prolongarlo a partir de ese momento.

- *El suicidio y su prevención en la Comunidad Autónoma del País Vasco. EAAD Gipuzkoa:*

Las estadísticas disponibles indican que el suicidio es ya la primera causa de muerte externa en Comunidad Autónoma del País Vasco (CAV) con más de 1500 muertes en los últimos 10 años y una media cercana a los 160-170 suicidios anuales (EUSTAT). Las cifras son ligeramente superiores a la media estatal y se han mantenido con cierta tendencia a la estabilidad durante este tiempo, lo que contrasta con la gran reducción en las muertes por accidente de tráfico en la última década (cercana al 70%).

En la CAV la prevención del suicidio fue reconocida como un objetivo específico de la última Estrategia de Salud Mental (2010) (Osakidetza, 2010). Sin embargo, la puesta en práctica de acciones coordinadas y conjuntas de prevención de suicidio es todavía muy escasa y no se han desarrollado programas específicos conformes a las recomendaciones internacionales para dar respuesta a dicho objetivo. La realidad todavía responde fundamentalmente a acciones aisladas, desarrolladas por profesionales con interés específico y en las que predomina el enfoque clínico.

Por otro lado, la información disponible sobre la magnitud y características del fenómeno suicida en la CAV es insuficiente y los sistemas de información actuales contribuyen poco a dar respuesta a dicho interrogante lo que dificulta enormemente el trabajo de prevención.

En este contexto, en 2013 se inició la puesta en marcha piloto del programa EAAD en una comarca sanitaria de la CAV. La valoración de dicha iniciativa en 2015 mostró resultados favorables por lo que se decidió su extensión progresiva en el territorio de Gipuzkoa. Desde entonces se han venido aplicando las 4 intervenciones del modelo sobre una población de referencia de 225,000 habitantes, a la que se le ha añadido una 5ª dirigida a mejorar los sistemas de información (elaboración de un mapa de suicidios consumados en Gipuzkoa entre 2004 y 2014). El conjunto de intervenciones aplicadas hasta la fecha incluye:

1. Acciones de sensibilización y educación sobre la depresión para la población general.

Distribución de más de 1000 dípticos y carteles informativos sobre la depresión.

Dos charlas informativas para la población general

Quince noticias en medios locales con información educativa sobre la depresión.

2. Formación de agentes comunitarios en detección y manejo del riesgo de suicidio.

Nueve Talleres en Primeros Auxilios Psicológicos de 4h de duración, con 250 profesionales formados.

3. Acciones de sensibilización y formación para profesionales de los medios de comunicación.

Cinco encuentros de sensibilización con profesionales y estudiantes universitarios en que han participado 75 profesionales.

Distribución de fichas con resumen de recomendaciones de la OMS.

4. Acciones para mejorar la atención sanitaria de los pacientes con alto riesgo de suicidio.

Prevención de conducta suicida en pacientes de alto riesgo a través de contactos telefónicos breves durante 6 meses.

En este trabajo se describirá la actividad realizada y los resultados obtenidos relativos a la 4ª intervención del modelo EAAD: Prevención de conducta suicida en pacientes de alto riesgo a través de

contactos telefónicos breves durante 6 meses, que pretende analizar si los resultados son similares a los obtenidos con modelos de seguimiento a 12 meses. Dicho estudio se desarrolló en los 3 territorios de la comunidad autónoma entre los años 2014 y 2017.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

I. Hipótesis

- La implementación de un programa de seguimiento telefónico de 6 meses de duración para pacientes con historia reciente de intento de suicidio se asocia a la reducción de la conducta suicida en los 12 meses siguientes.
- Dicha reducción de la conducta suicida tendría una magnitud similar a las obtenidas con programas telefónicos de 12 o más meses de duración.
- La adherencia al programa de seguimiento telefónico será adecuada, mostrando al menos porcentajes similares a otros tipos de tratamiento de uso habitual en pacientes con trastorno mental.

II. Objetivos

- Evaluar la eficacia a 12 meses de un programa de seguimiento telefónico de 6 meses de duración de pacientes de alto riesgo de suicidio, incluyendo la reducción del porcentaje de repetidores, el número de tentativas y el tiempo en llevarlas a cabo.
- Comparar los resultados obtenidos con lo reflejado en la literatura relativo a programas de más larga duración (12 o más meses).
- Evaluar la adherencia al programa de seguimiento telefónico (% de personas que reciben la intervención).

I. Tipo de estudio:

Estudio de intervención prospectivo, multicéntrico, no randomizado y con grupo control.

II. Centros de Intervención:

El *grupo intervención* está formado por los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Galdakao y del Hospital Universitario de Alaba (HUA), tras una tentativa de suicidio. El *grupo control* lo forman los pacientes atendidos por el mismo motivo en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Donosti.

III. Descripción de la intervención:

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO PROTOCOLIZADO DE PACIENTES CON HISTORIA RECIENTE DE TENTATIVA DE SUICIDIO:

- Desarrollo de un sistema de seguimiento telefónico protocolizado para las personas dadas de alta de los servicios de Urgencias hospitalarias tras una tentativa de suicidio.

- El seguimiento telefónico que reciben los pacientes del grupo intervención tiene las siguientes **características:**

- Se realiza de forma independiente y en paralelo a cualquier otro seguimiento médico o psicológico que pudiera realizar el paciente.
- Está orientado a 1) Evaluar el riesgo actual de conducta suicida; 2) Reforzar la adherencia al tratamiento/seguimiento que pudiera haber indicado el facultativo responsable; 3) Contribuir a la psicoeducación del paciente; y 4) Realizar una intervención en crisis en caso de detectarse situación de riesgo inmediato.
- Se realiza desde el servicio de atención telefónica del Servicio Vasco de Salud “Consejo Sanitario” (CS) por parte de profesionales de enfermería que reciben formación específica para la intervención.
- Incluye un total de 5 sesiones telefónicas a realizar en: Semanas 1 y 2 y meses 1, 3 y 6 posteriores a la tentativa (periodo de máximo riesgo de repetición).
- La entrevista telefónica sigue un protocolo predefinido elaborado en base a las recomendaciones reflejadas en la literatura. Se contemplan 3 modalidades de entrevista telefónica:
 - *Primer contacto* (10-15 min): Incluye la presentación del programa, solicitud de consentimiento verbal, evaluación del perfil de riesgo del paciente y su situación actual.

- *Entrevista de seguimiento “habitual”* (5-10min): Evaluación de la situación actual relativa a estresores y factores de riesgo de suicidio, refuerzo de la adherencia al tratamiento, pautas generales de psicoeducación.
- *Entrevista de “crisis”* (15-30min): Intervención breve incluyendo evaluación de riesgo inmediato, propuesta de pautas de contención y/o medidas alternativas de abordaje del riesgo.
- Los pacientes del **grupo control** no reciben ninguna llamada de seguimiento telefónico y su atención sanitaria sigue el procedimiento habitual en dichas situaciones clínicas (“treatment as usual”).

- Procedimiento de inclusión:

- Grupo de Intervención: El psiquiatra que visite al paciente previo al alta en los hospitales del grupo intervención valora la conveniencia de su inclusión en el programa. En caso afirmativo solicita un consentimiento informado escrito, registra el caso en el registro del estudio y da aviso a CS. Una semana tras el alta, el paciente recibe la 1ª llamada en la que se presenta el programa. Si el paciente está en seguimiento en un Centro de Salud Mental ambulatorio (CSM) se contacta con su psiquiatra para solicitar su conformidad para continuar con el programa.
- Grupo de Control: La selección de casos en el grupo control se realiza a través de la revisión de los registros de urgencias, para identificar las tentativas atendidas durante el periodo de inclusión. En el ANEXO 1 se detalla el procedimiento para la selección de casos.

- Tiempos de reclutamiento y seguimiento del estudio:

Periodo de reclutamiento: 1 de julio de 2014 al 01 de abril de 2016.

Periodo de seguimiento: Cada “nuevo” paciente se sigue 12 meses desde que realizara su primer intento y se contabilizan todos los intentos que realiza durante ese periodo. Por ello el periodo de seguimiento total de los pacientes en este estudio empieza el 02 de julio de 2014 y acaba el 31 de marzo de 2017.

IV. Sujetos de estudio:

A) DESCRIPCIÓN:

Pacientes adultos (igual o superior a 18 años) atendidos en un servicio de Urgencias Hospitalarias por una tentativa suicida y dados de alta a su domicilio tras la valoración psiquiátrica correspondiente.

B) TAMAÑO MUESTRAL:

La medida de evaluación principal es el *% de repetición de tentativas*. El estudio de tamaño muestral indica que son necesarios 200 pacientes en cada grupo (intervención/control) para evaluar la hipótesis de un efecto significativo de la intervención telefónica. Teniendo en cuenta los resultados reflejados en la literatura, se asume un porcentaje de repetición del 22% en el grupo control y del 12% en el grupo intervención, así como una proporción de pérdidas del 15% (Vaiva, 2006; Cebrià, 2013; Fleischman, 2008). Potencia deseada: 80%. Nivel de significación del 2,5%, bilateral.

C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN:

- Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad atendidos en un servicio de Urgencias Hospitalarias por una tentativa suicida y que pertenezcan a dicho sector o región sanitaria. Se incluye también a los pacientes que hayan requerido ingreso tras su estancia en Urgencias y son dados de alta. “Tentativa suicida”: Incluye cualquier autolesión voluntaria con intencionalidad suicida o ambivalente, sea cual sea la letalidad potencial. Las autolesiones en las que el paciente negó intencionalidad suicida en el momento de la valoración médica fueron excluidas.

- Criterios de exclusión:

- Paciente con dificultades cognitivas severas y en general cualquier autolesión en la que el paciente no comprende el significado o las consecuencias potenciales de dicho comportamiento.
- Paciente en el que no es posible un contacto telefónico regular (no dispone de teléfono fijo o móvil)
- Pacientes en los que el/la psiquiatra que evalúe el caso considere no adecuada su inclusión.
- Paciente que permanece ingresado/a 6 o más meses tras la tentativa, debido a las secuelas somáticas de la misma o la patología mental de base.
- Autolesiones en las que el paciente niega intencionalidad suicida en el momento de la valoración médica

V. Variables analizadas y fuentes de información:

A) EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA:

1. *% de reincidencia de la tentativa*: % de pacientes respecto del total en cada grupo analizado que realizan una segunda tentativa.
2. (a) *Tiempo medio hasta el reintento*: N° medio de días que han transcurrido desde la primera tentativa a la segunda, en las personas que reinciden de cada grupo analizado. Solo se tiene en cuenta en el análisis de esta variable a las personas que realizan una segunda tentativa de suicidio.

2. (b) Se realiza también un *análisis de supervivencia* teniendo en cuenta también a las personas para las que no se ha observado un reintento a lo largo del seguimiento. Para ello, se define el tiempo hasta el reintento como el número de días transcurridos entre el primer intento y el segundo para aquellas personas que reinciden y como el número de días entre el primer intento y el cierre del seguimiento para las que no reinciden.
3. *Número medio de reintentos de suicidio*: N° medio de repeticiones de tentativas, en cada grupo.
4. *Número medio de suicidios consumados* en cada grupo.

- Se evalúan los reintentos y suicidios en los 12 meses posteriores al primer intento.

-La información de las variables 1 a 3 es recogida a partir de los registros de urgencias de los hospitales participantes en el estudio. En el caso del grupo intervención un psiquiatra de urgencias revisó diariamente los casos atendidos e identificó las tentativas. En el caso del Hospital Universitario Donostia (grupo control) se revisaron anualmente los registros de urgencias para identificar los casos. En el ANEXO 1 se detalla el procedimiento para la identificación de casos a partir de dichos registros. La información de la variable 4 se recoge de los registros de las clínicas forenses.

B) ADHERENCIA AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO Y DEL REGISTRO DE TENTATIVAS:

5. % de los pacientes atendidos en urgencias del Hospital Galdakao o HUA por una tentativa que son *incluidos en el programa de seguimiento telefónico*; N° total de pacientes incluidos.
 6. % de los pacientes incluidos en el programa que *completan 1, 2, 3, 4 y 5 sesiones de seguimiento telefónico*; N° total de pacientes que completan cada sesión.
- La información de estas variables se recoge a partir del registro de tentativas y del registro de llamadas telefónicas que elaborarán los profesionales de consejo sanitario durante las llamadas de seguimiento a los pacientes.

C) OTRAS VARIABLES DE INTERÉS:

7. *Características sociodemográficas*: Edad, sexo, estado civil, situación laboral, apoyo sociofamiliar.
 8. *Características clínicas*: Seguimiento en CSM (sí/no), n° intentos previos, fecha del último intento (<6m/6-12m/1-5 años,>5 años).
 9. *Manejo de la tentativa*: Ingreso (si/no), derivación al alta (CSM/Atención Primaria-AP/Otro).
 10. *Características del intento*: Método (listado predefinido), consumo sustancias (no/alcohol, varias), gravedad (medido a partir del “proxy” ingreso sí/no)
- La información de las variables 7, 8 y 10 se recoge a partir del registro de tentativas que elaboran los profesionales de consejo sanitario con la información recogida durante las llamadas de seguimiento telefónico a los pacientes,.

- La información de la variable 9 se recoge a partir de los registros de urgencias elaborados por los hospitales participantes en el estudio.

VI. Análisis estadístico de datos:

Se emplearon técnicas de *estadística descriptiva* para sintetizar y organizar la información relativa al “*Grado de implementación del programa*”, “*Otras variables de Interés*”. Se calcularon las frecuencias, medidas de tendencia central entre otras, según se estimó oportuno en cada caso. Se empleó el análisis inferencial para analizar “*la eficacia en la reducción de la conducta suicida*” en busca de diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control. La significación estadística se analizó con el test t-student o chi-cuadrado, en función del tipo de variable y realizando los ajustes pertinentes. Se elaboraron modelos de regresión logística ajustados por ciertas variables (edad y sexo) para analizar su influencia en los resultados obtenidos. En los casos en los que no se cumplió la hipótesis de normalidad se usaron los test no paramétricos correspondientes. El estudio se complementó con un análisis de supervivencia siguiendo el Método Kaplan-Meier. Se fijó un nivel de significación estadística para los testes seleccionados del 0.05. Se usó el paquete de análisis estadístico SPSS v19.

VII. Aspectos Éticos:

El protocolo de estudio se presentó al Comité Ético de Investigación de Euskadi y obtuvo su aprobación previa al inicio del mismo (fecha Junio 2014).

Se pidió el *consentimiento informado escrito* a los pacientes para incluirlos en el estudio: Previo al alta hospitalaria el profesional responsable entregó al paciente la Hoja Informativa sobre el estudio y solicitó su consentimiento por escrito. Para minimizar el riesgo de efectos adversos se incluyeron solamente los pacientes que fueran valorados por un psiquiatra en urgencias y siempre y cuando éste autorizara su inclusión. En el caso de pacientes en seguimiento en un CSM de Osakidetza se contactó con su psiquiatra para confirmar su conformidad con la inclusión del paciente.

RESULTADOS

1. Descripción de la muestra: Variables de participación

- **Nº total de pacientes y de tentativas atendidas en urgencias durante el estudio (grupo control y grupo intervención):**
 - **Grupo intervención:** En los Hospitales Galdakao y Universitario Araba se atendieron a 254 personas diferentes por una tentativa de suicidio, contabilizándose un total de 299 tentativas.
 - **Grupo control:** En los registros del Hospital Universitario de Donosti se identificaron 463 pacientes diferentes atendidos por una tentativa de suicidio, contabilizándose un total de 538 tentativas.
- **Nº de pacientes y de tentativas incluidas en el estudio. % de participación. Motivos para la no inclusión de casos (grupo intervención):**
 - Durante el periodo de reclutamiento de pacientes del estudio un total de 254 adultos acudieron a los hospitales Hospitales Galdakao y Universitario Araba para ser valorados por una tentativa de suicidio. De ellos un total de 123, que contabilizaban 156 tentativas, firmaron el consentimiento informado y fueron incluidos en el estudio (recibieron la intervención telefónica). El resto no entraron en el estudio.
 - **Porcentaje de participación** (grupo intervención): **48,4% (123/254).**
 - **Motivos para la no inclusión de casos** (grupo intervención): n=124 (95%) “olvido” por parte del profesional; n=4 (3%) rechazo por parte del paciente; n=3 (2%) “otros motivos”.
- **Muestra final del estudio (grupo control y grupo intervención):**
 - La muestra final del estudio está compuesta por: 123 pacientes que contabilizaban 156 tentativas (grupo intervención) y 463 pacientes que contabilizaban un total de 538 tentativas (grupo control).
- **Nueva potencia estadística**
 - Se vuelva a calcular la potencia estadística con el tamaño muestral obtenido: 72%

2. Descripción de la muestra: Variables sociodemográficas, características clínicas de los pacientes, características de las tentativas:

Los resultados se presentan en las Tablas 1 a 4.

Un 66,7% (n=82) de los pacientes atendidos en el grupo intervención fueron mujeres frente al 54,6% (n=261) del grupo control. La edad media fue de 41,2 años (DE 13,6) para el grupo intervención y de 45,2 años (DE 16) para el grupo control. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad (p=0.02) y sexo (p=0.04) entre el grupo intervención y el control, por lo que estas 2 variables se han tenido en cuenta a la hora de analizar la respuesta a la intervención.

Respecto al resto del perfil sociodemográfico de los pacientes del grupo intervención, un 76% (n=82) refirieron estar solteros, separados/divorciados o viudos, el 17,1% (n=19) afirmaron vivir solos, el 54,5% (n=67) carecer de apoyo sociofamiliar y únicamente el 34,6% (n=36) refirió encontrarse en situación laboral activa. Se identificaron antecedentes de historia familiar suicida en el 9,8% (n=12) de los pacientes y un 13% (n=16) refirió tener alguna enfermedad física incapacitante.

En cuanto al manejo de la tentativa desde el servicio de urgencias, un 51,1% (n=79) de los pacientes del grupo intervención requirieron ingreso tras la tentativa frente a un 53,2% (n=286) del grupo control (p=0.75) (tabla 2). Si consideramos el ingreso hospitalario tras una tentativa como un proxy a la gravedad de la tentativa los resultados sugerirían que no habría diferencias relevantes entre ambos grupos en la gravedad de las tentativas. Entre aquellos pacientes del grupo intervención que no ingresaron el 73,1% fueron derivados a seguimiento ambulatorio en salud mental (CSM).

Por otro lado, un 87,9% (n=80) de los pacientes del grupo intervención refirió encontrarse realizando ya seguimiento psiquiátrico ambulatorio (CSM) con porcentajes de buena adherencia referidos cercanos al 90% (n=75) (tabla 3). Por otro lado, 49,4% (n=41) refirió tener antecedentes de conducta suicida, y 70,6% (n=48) habría realizado otro intento de suicidio en los 6 meses previos.

En cuanto a las características de la conducta suicide, la intoxicación farmacológica fue el método más empleado, llegando al 96,1% (n=141) en el grupo intervención (tabla 4). Un 20,7% (n=29) refirió haber ingerido alcohol previo a la tentativa, un 7,9% (n=11) alguna otra sustancia de abuso y un 4,3% (n=6) más de una sustancia.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes incluidos

	CONTROL (n=463)	INTERVENCIÓN (n=123)	p-valor
Edad , media \pm de	45,2 \pm 16,0	41,2 \pm 13,6	0,02
Sexo , n (%)			0,04
Hombre	202 (43,6)	41 (33,3)	
Mujer	261 (56,4)	82 (66,7)	
Estado civil , n (%)			
Soltero		41 (38,0)	
Casado		26 (24,1)	
Separado-divorciado		38 (35,2)	
Viudo		3 (2,8)	
Perdidos		15 (12,2)	

Tipo convivencia, n (%)	
Solo	19 (17,6)
Familia	73 (67,6)
Otros	16 (14,8)
<i>Perdidos</i>	<i>15 (12,2)</i>
Lugar de nacimiento, n (%)	
País Vasco	23 (21,1)
Resto España	70 (64,2)
Europa otros	3 (2,8)
África	3 (2,8)
América	5 (4,6)
Otros	5 (4,6)
<i>Perdidos</i>	<i>14 (11,4)</i>
Situación laboral, n (%)	
Activo	36 (34,6)
Paro	47 (45,2)
Incapacitado	13 (12,5)
Jubilado	8 (7,7)
<i>Perdidos</i>	<i>19 (15,4)</i>
Historia familiar suicida, n (%)	
Sí	12 (9,8)
No	111 (90,2)
Apoyo sociofamiliar, n (%)	
Sí	56 (45,5)
No	67 (54,5)
Enfermedad incapacitante, n (%)	
Sí	16 (13,0)
No	107 (87,0)

Mediante el test de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors se comprobó que la edad no sigue una distribución normal en el grupo control. Por tanto, se recurrió a la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Tabla 2. Manejo de la Tentativa suicida

	CONTROL (n=538)	INTERVENCIÓN (n=156)	p-valor
Ingreso hospitalario, n (%)			0,75
No	252 (46,8)	75 (48,7)	
Sí	286 (53,2)	79 (51,3)	
<i>Perdidos</i>	<i>0 (0)</i>	<i>2 (1,3)</i>	
Derivación al alta, n (%)			
Atención Primaria		10 (6,9)	
Centro de Salud Mental		106 (73,1)	
Otro		29 (20,0)	
<i>Perdidos</i>		<i>11 (7,1)</i>	

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes

	CONTROL (n=463)	INTERVENCIÓN (n=123)
Hospital, n (%)		
Hospital Galdakao	0 (0)	45 (39,8)
Hospital Universitario Araba	0 (0)	68 (60,2)
Hospital Universitario Donostia	463 (100)	0 (0)
<i>Perdidos</i>	<i>0 (0)</i>	<i>10 (8,1)</i>
Seguimiento por Trastorno		

Mental, n (%)	
Sí, Centro de Salud Mental	80 (87,9)
Muy irregular	3 (3,3)
No	8 (8,8)
<i>Perdidos</i>	32 (26,0)
Adherencia, n (%)	
Sí	75 (87,2)
Irregular	6 (7,0)
No le han pautado fármacos	2 (2,3)
No lo toma	3 (3,5)
<i>Perdidos</i>	37 (30,1)
Antecedentes Trastorno Mental en tratamiento, n (%)	
Verdadero	60 (48,8)
Falso	63 (51,2)
Nº intentos previos, n (%)	
0	42 (50,6)
1	22 (26,5)
2	12 (14,5)
3	4 (4,8)
4	3 (3,6)
<i>Perdidos</i>	40 (32,5)
Último intento, n (%)	
<6 meses	48 (70,6)
6-12 meses	6 (8,8)
1-5 años	9 (13,2)
>5 años	5 (7,4)
<i>Perdidos</i>	55 (44,7)

Tabla 4. Características de la tentativa inicial de suicidio

	CONTROL (n=538)	INTERVENCIÓN (n=156)
Método, n (%)		
Ahorcamiento	0 (0)	1 (0,6)
Corte	5 (1,8)	7 (4,5)
Intoxicación fármacos	231 (84,0)	141 (96,1)
Intoxicación otros	23 (8,4)	4 (2,6)
Otros	16 (5,8)	1 (0,6)
<i>Perdidos</i>	263 (48,9)	2 (1,3)
Consumo de sustancias de abuso, n (%)		
No		94 (67,1)
Alcohol		29 (20,7)
Otros (una sustancia, distinta de alcohol)		11 (7,9)
Varias (más de una sustancia)		6 (4,3)
<i>Perdidos</i>		16 (10,3)

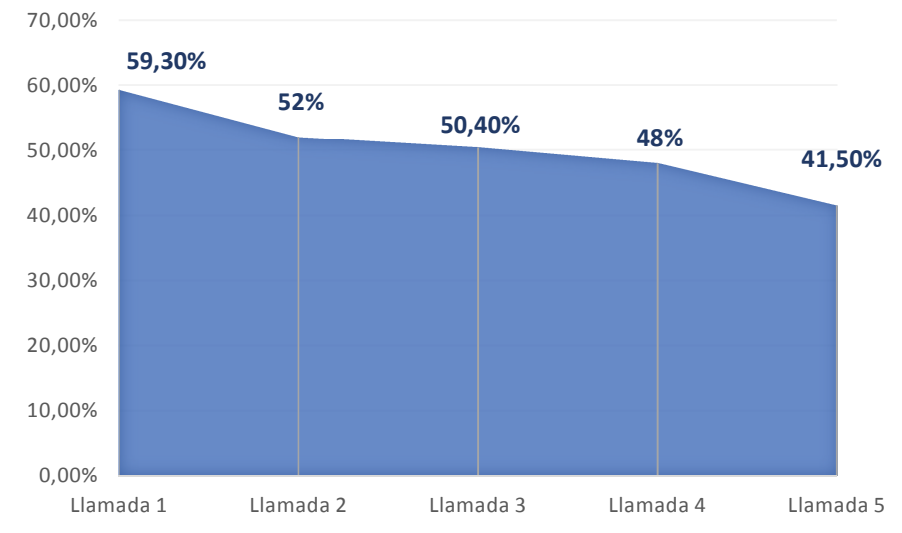
3. Adherencia a la intervención (seguimiento telefónico)

Un 59,3% (n=73) de los pacientes recibieron la primera llamada del protocolo de seguimiento telefónico, un 50,4% (n=62) fueron contactados al mes (llamada 3) y el 41,5% (n=51) completaron la 5ª y última llamada del protocolo.

Tabla 5. Seguimiento de la intervención.

n (%)	Llamada 1	Llamada 2	Llamada 3	Llamada 4	Llamada 5
Sí + Incompleta	73 (59,3)	64 (52,0)	62 (50,4)	59 (48,0)	51 (41,5)
No, no se localiza + No, rechaza	43 (35,0)	45 (36,6)	41 (33,3)	37 (30,1)	39 (31,7)
Perdidos	7 (5,7)	14 (11,4)	20 (16,3)	27 (22,0)	33 (26,8)

Figura 1. Seguimiento de la intervención (“Sí+Incompleta”)



4. Variables respuesta

Se realiza el análisis descriptivo y la comparación de las siguientes variables respuesta: % de reincidencia de la tentativa, tiempo medio hasta el reintento y número medio de reintentos. Los resultados se muestran en las Tablas 6 a 12.

- REINCIDENCIA DE LA TENTATIVA**

Se mide en cada grupo la proporción de pacientes que realiza una segunda tentativa antes de los 6 y los 12 meses y se contrasta si tal proporción es diferente entre los grupos control e intervención.

Tabla 6. Reincidencia de la tentativa de suicidio

	CONTROL (n=463)	INTERVENCIÓN (n=123)	p-valor
Reincidencia 6 meses, n (%)			0,39
Reincidente	31 (6,7)	11 (8,9)	
No reincidente	432 (93,3)	112 (91,1)	
Reincidencia 12 meses, n (%)			0,67
Reincidente	43 (9,3)	13 (10,6)	
No reincidente	420 (90,7)	110 (89,4)	

Un n= 10,6% de los pacientes del grupo intervención realizaron un reintento en los 12 meses siguientes frente al n= 9,3% del grupo control si bien no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a proporción de personas reincidentes ($p=0,67$), tampoco en la evaluación a 6 meses ($p=0,39$).

No obstante, vimos al principio que a la hora de evaluar las variables respuesta había que tener en cuenta la edad y el sexo de los pacientes ya que no se distribuyen del mismo modo entre los grupos control e intervención. Para analizar este aspecto se construyen modelos de regresión logística con las variables sobre reincidencia como variables respuesta, el grupo como variable independiente y la edad y el sexo como variables de ajuste (Tablas 7 y 8).

Tabla 7. Regresión logística para reincidencia de la tentativa de suicidio a los 6 meses

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Grupo (=intervención)	0,266	0,373	0,476	1,305	0,628	2,710
Sexo (=mujer)	-0,447	0,325	0,169	0,639	0,338	1,210
Edad	-0,031	0,012	0,010	0,969	0,947	0,993
Constante	-1,104	0,521	0,034	0,332		

Tras ajustar por la edad y el sexo, el modelo concluye que no existen diferencias en la proporción de personas que reinciden dentro de los 6 primeros meses tras una primera tentativa de suicidio.

Tabla 8. Regresión logística para reincidencia de la tentativa de suicidio a los 12 meses

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Grupo (=intervención)	0,078	0,338	0,818	1,081	0,557	2,098
Sexo (=mujer)	-0,109	0,286	0,704	0,897	0,512	1,571
Edad	-0,023	0,010	0,023	0,977	0,958	0,997
Constante	-1,241	0,458	0,007	0,289		

Análogamente, tampoco existen diferencias entre los grupos control e intervención en la proporción de personas que reinciden a los 12 meses.

- **NÚMERO DE REINTENTOS**

Se presentan los descriptivos y se comparan mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney ya que no se verifica la hipótesis de normalidad necesaria para llevar a cabo el t-test.

En el grupo intervención se contabilizaron un total de 156 tentativas, 33 de ellas fueron reintentos durante el seguimiento a 12 meses. En el grupo control se contabilizaron un total de 538 tentativas, 75 de ellas fueron reintentos en el mismo periodo de observación. Como era de esperar a la vista de que la proporción de personas reincidentes no es elevada (0,08 y 0,11 respectivamente en el grupo de intervención y de control), esta variable toma valores muy bajos (tabla 9). No se observan diferencias significativas en el número de reintentos entre los pacientes que reciben la intervención y los que no a los 6 meses ni a los 12 meses.

Tabla 9. Número de reintentos

	CONTROL (n=463)	INTERVENCIÓN (n=123)	p-valor
Nº de reintentos a los 6 meses, n (%)	N (%)	N (%)	0,37
Media (de)	0,08 (0,3)	0,11 (0,4)	
Mediana (RIQ)	0 (0 – 0)	0 (0 – 0)	
Nº de reintentos a los 12 meses, n (%)	N (%)	N (%)	0,66
Media (de)	0,12 (0,4)	0,15 (0,5)	
Mediana (RIQ)	0 (0 – 0)	0 (0 – 0)	

No obstante, hay que construir un modelo de regresión para ajustar por edad y sexo. Al tratarse de datos de recuento, se emplean los modelos de regresión de Poisson (Tablas 10 y 11).

Tabla 10. Regresión de Poisson para el número de reintentos a los 6 meses

Parameter	B	Std. Error	Sig.	Exp(B)	95% Wald Confidence Interval for Exp(B)	
					Lower	Upper
(Intercept)	-1,125	0,4823	0,020	0,325	0,126	0,835
Grupo (=intervención)	0,345	0,3382	0,307	1,413	0,728	2,741
Sexo (=mujer)	-0,290	0,3027	0,339	0,749	0,414	1,355
Edad	-0,032	0,0112	0,005	0,969	0,948	0,990

Tabla 11. Regresión de Poisson para el número de reintentos a los 12 meses

Parameter	B	Std. Error	Sig.	Exp(B)	95% Wald Confidence Interval for Exp(B)	
					Lower	Upper
(Intercept)	-1,249	0,4080	0,002	0,287	0,129	0,638
Grupo (=intervención)	0,123	0,2942	0,676	1,131	0,635	2,013
Sexo (=mujer)	0,041	0,2553	0,871	1,042	0,632	1,719
Edad	-0,021	0,0089	0,017	0,979	0,962	0,996

Tras ajustar por la edad y el sexo, el modelo concluye que no existen diferencias en el número de reintentos dentro de los 6 y 12 primeros meses tras una primera tentativa de suicidio.

- **NÚMERO DE SUICIDIOS CONSUMADOS EN CADA GRUPO:**

Dicha información no ha podido ser incorporada en el análisis de resultados debido a dificultades para tener acceso a los registros forenses de algunos de los territorios participantes. Queda pendiente de completar.

- **TIEMPO MEDIO HASTA EL REINTENTO**

Se considera como tiempo hasta el reintento el número de días que transcurren entre la primera tentativa y la segunda en aquellas personas que reinciden. Solo se tuvieron en cuenta en el análisis de esta variable a las personas que realizaran una segunda tentativa de suicidio. Por tanto, tenemos 54 pacientes en el grupo control y 22 en el grupo intervención (tabla 12).

Se presentan los descriptivos y se comparan mediante el test de Mann-Whitney ya que no se verifica la hipótesis de normalidad necesaria para llevar a cabo el t-test.

Tabla 12. Tiempo hasta el primer reintento

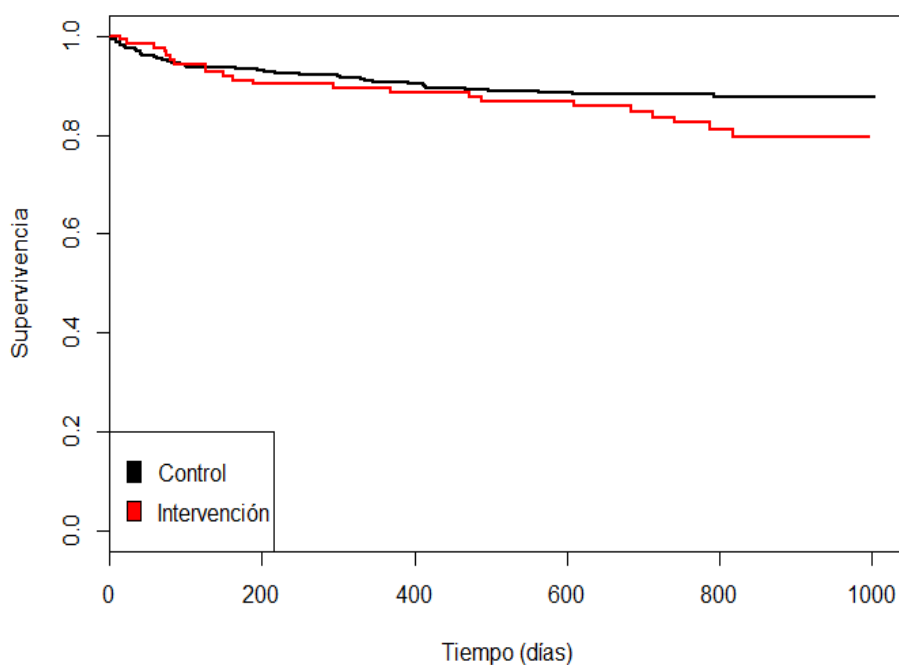
	CONTROL (n=54)	INTERVENCIÓN (n=22)	p-valor
Tiempo hasta el reintento (días), n (%)			0,03
Media (de)	188,0 (190,3)	324,6 (284,7)	
Mediana (RIQ)	96 (34,5 – 331)	175 (77,7 – 628,7)	

Existen diferencias significativas en el tiempo hasta el primer reintento entre los grupos ya que los pacientes que reciben la intervención tardan más en reintentar el suicidio (324,6 días de media frente a 188 días, p=0,03).

- **ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA**

Para estudiar mejor esta variable se realiza un análisis de supervivencia que tenga en cuenta también a las personas para las que no se ha observado un reintento a lo largo del seguimiento. Para ello, se define el tiempo hasta el reintento como el número de días transcurridos entre el primer intento y el segundo para aquellas personas que reinciden y como el número de días entre el primer intento y el 1 de abril de 2017 (fecha de cierre del seguimiento) para las que no reinciden. Se presentan las curvas de Kaplan-Meier para ambos grupos y se comparan mediante la prueba del log-rank. (Figura 2)

Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier por grupo



Prueba del log-rank: $p=0,135$

A la vista del gráfico (fig. 2), en los primeros meses tras el intento de suicidio los pacientes del grupo control reinciden más frecuentemente y más temprano comparados con los del grupo de intervención. Sin embargo, alrededor del tercer-cuarto mes, esta tendencia se modifica y son los pacientes del grupo intervención los que tardan menos en reintentar el suicidio. Sin embargo, la prueba del log-rank indica que este comportamiento no es estadísticamente significativo ($p=0,135$) y no podemos concluir que uno de los grupos tenga mayor supervivencia, entendida como tiempo hasta el reintento, que el otro.

Por otro lado, el gráfico también pone de manifiesto las reducidas tasas de reincidencia que ya se observaban en los apartados previos. 1000 días después del primer intento (unos dos años y nueve meses) alrededor del 80% de los pacientes del grupo intervención y casi un 90% de los del grupo control no habían vuelto a intentar el suicidio.

De nuevo es necesario construir un modelo de regresión de Cox para evaluar si tras ajustar por edad y sexo existen diferencias en el tiempo hasta el reintento entre los grupos.

Tabla 13. Regresión de Cox para el tiempo hasta el reintento

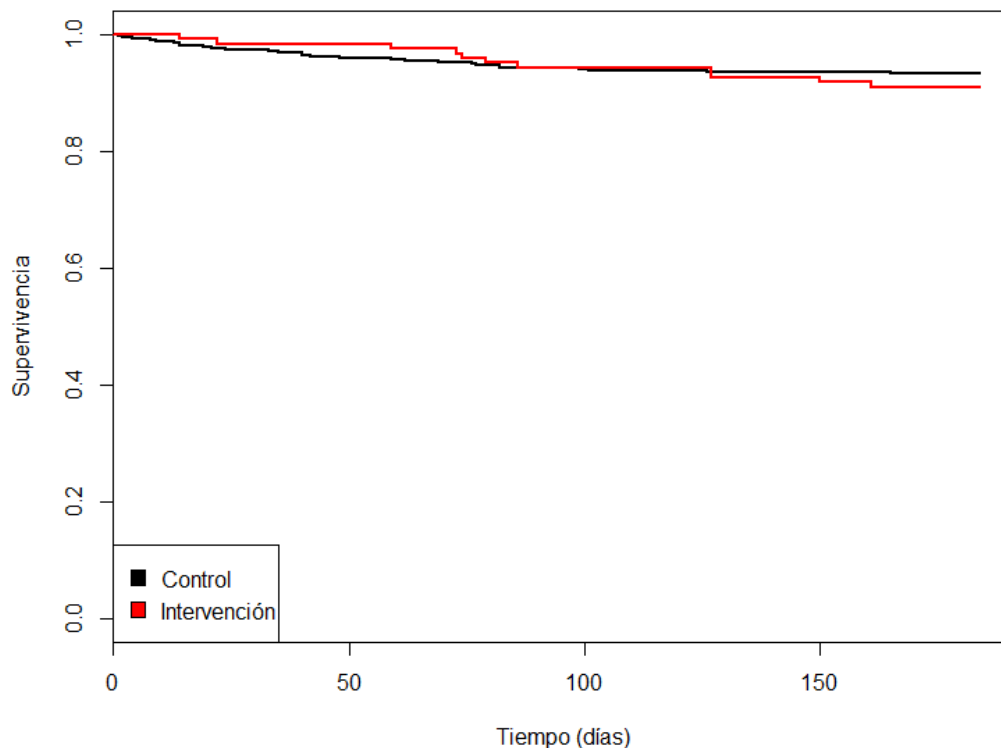
	B	SE	Sig.	Exp(B)	95,0% CI forExp(B)	
					Lower	Upper
Grupo (=intervención)	0,317	0,255	0,215	1,373	0,832	2,264
Sexo (=mujer)	0,029	0,235	0,900	1,030	0,650	1,633
Edad	-0,019	0,008	0,022	0,982	0,966	0,997

En resumen (tabla 13), se concluye que el tiempo hasta el reintento no difiere entre los grupos control e intervención, lo cual es normal a la vista de la baja tasa de reincidencia. Sin embargo, si nos restringimos a analizar únicamente a las personas reincidentes, sí parece que quienes reciben la intervención telefónica registran un reintento más tardío.

➤ Supervivencia restringida a 6 meses

Se explora con más detalle lo que sucede durante los 6 primeros meses tras la primera tentativa de suicidio, tiempo que coincide con la duración de la intervención. Las curvas de supervivencia en este caso se muestran en la Figura 3.

Figura 3. Curvas de Kaplan-Meier por grupo restringidas a 6 meses



Prueba del log-rank: $p=0,423$.

Tampoco se detectan diferencias significativas en los 6 primeros meses de seguimiento. Como indica el gráfico, la baja proporción de reincidencia en ambos grupos hace que las curvas de supervivencia discurren muy juntas e, incluso, se crucen.

5. Comparación entre pacientes incluidos y no incluidos en la intervención

Por último, con el fin de ver si existe un sesgo de selección entre todos los adultos que acudieron a urgencias del HUA y del Hospital Galdakao durante el periodo de reclutamiento del estudio para ser valorados una tentativa ($n=254$), se comparan algunas variables clave entre aquellos que sí fueron incluidas en el estudio (recibieron la intervención telefónica) ($n=123$) y los que no ($n=131$).

Las variables edad y sexo están recogidas únicamente una vez por paciente, mientras que las variables sobre ingreso hospitalario y derivación al alta son relativas al total de tentativas.

Tabla 14. Comparación de edad y sexo entre pacientes incluidos en la intervención y no incluidos.

	NO INCLUIDOS ($n=131$)	INCLUIDOS ($n=123$)	p-valor
Edad, media \pm de	47,3 \pm 16,6	41,2 \pm 13,6	0,003
Sexo, n (%)			0,77
Hombre	47 (35,9)	41 (33,3)	
Mujer	84 (64,1)	82 (66,7)	

Tabla 15. Comparación de % de tentativas que acaban en ingreso y derivaciones al alta

	NO INCLUIDOS ($n=143$)	INCLUIDOS ($n=156$)	p-valor
Ingreso hospitalario, n (%)			0,13
No	76 (53,1)	75 (48,7)	
Sí	64 (44,8)	79 (51,3)	
Traslado otro hospital	3 (2,1)	0 (0)	
Perdidos	0 (0)	2 (1,3)	
Derivación al alta, n (%)			0,27
AP	4 (3,0)	10 (6,9)	
CSM	105 (79,5)	106 (73,1)	
Otro	23 (17,4)	29 (20,0)	
Perdidos	11 (7,7)	11 (7,1)	

Se observan diferencias significativas en la edad entre los que finalmente sí fueron incluidas en el estudio ($n=123$) y las que no entraron en el estudio ($n=131$), siendo mayor en el grupo de pacientes no incluidos ($p=0,003$). En cuanto a las variables analizadas (sexo, ingreso hospitalario e derivación al alta), no se observan diferencias significativas entre los grupos (tablas 14 y 15).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que el seguimiento telefónico de pacientes de alto riesgo durante 6 meses se asocia a un retraso en la realización de los reintentos de suicidio pero no a una reducción en el porcentaje de personas que lo reintentan ni a un menor número total de intentos. Cerca del 40% de pacientes completaron la intervención de 6 meses mientras que un 50% fueron contactados a los 3 meses.

Es importante considerar los resultados en el contexto de una serie de limitaciones:

1) *Perdida de información sobre tentativas no atendidas en urgencias:* Un porcentaje de los reintentos de pacientes incluidos en el estudio pudieron no ser atendidos en urgencias del hospital de referencia debido a que el paciente no consultó con el sistema sanitario o a que acudió a otro recurso sanitario diferente, lo que podría afectar a la recogida de información sobre los reintentos de estos pacientes. Se intentó controlar esta limitación incluyendo en el seguimiento telefónico una pregunta sobre el número de intentos de suicidio realizados por el paciente desde la anterior llamada realizada. Sin embargo, debido a la mala calidad de la información recogida para esta variable (gran cantidad de datos “en blanco” en el registro) se decidió no incluir esta información en la base de datos final del estudio.

2) *Ausencia de información sobre los suicidios consumados:* Podría pensarse que una de las razones de la ausencia de diferencias en el porcentaje de reintentos entre los grupos fuera una mayor mortalidad en el grupo de pacientes que no recibió la intervención preventiva. Para estudiar esta posibilidad es necesario analizar los porcentajes de suicidios consumados en la muestra de pacientes. Sin embargo esta información no ha podido ser analizada todavía debido a las dificultades que estamos teniendo para acceder a los registros de las clínicas forenses (pendiente de completar).

3) *Variabilidad en la codificación de las tentativas en Urgencias:* Es posible que las prácticas en la codificación de los casos de tentativas difieran entre los profesionales de los tres hospitales participantes por lo que la identificación de casos podría asociarse a un sesgo de selección. Esta limitación se ha intentado minimizar definiendo un procedimiento concreto para la identificación de casos (que incluía criterios de selección inclusivos y revisión manual posterior de informes dudosos). Sin embargo no puede descartarse del todo la existencia de diferencias en los criterios.

4) *Diferencias entre el grupo de pacientes incluidos y no incluidos en el estudio:*

Se alcanzó un porcentaje de participación inferior al 50% (en su mayoría debido a que el profesional de urgencias no ofreció la participación) y el análisis de las características de los no participantes mostró diferencias en edad respecto del grupo de participantes (mayor edad). Dichos resultados sugieren la existencia de un sesgo de selección que pudo estar relacionada con cierta reticencia por parte de los profesionales para ofrecer la participación a los pacientes más mayores (quizá consideraban que un programa de atención telefónica no es apropiado para una persona mayor o que

para las personas de más edad iba a ser difícil de entender lo que es participar en un estudio, leer y firmar el consentimiento informado, etc.). Esta limitación, y por tanto el posible sesgo de selección no ha podido ser controlada. No obstante los análisis realizados en el estudio han mostrado que la edad no ha sido un factor influyente en los resultados.

4) *Tamaño muestral insuficiente*: El cálculo del tamaño muestral para obtener una potencia estadística de 0.8 indicaba que debían incluirse al menos 200 pacientes en cada grupo, cifra que no se ha alcanzado. La potencia estadística alcanzada con la muestra obtenida es del 0.72, inferior a la óptima pero suficientemente alta como para considerar válidos los resultados.

La revisión de la literatura muestra la existencia de un número de estudios controlados en los que se analizan enfoques preventivos similares. Un primer estudio elaborado por la OMS sobre un total de 1867 pacientes en 5 países evaluó la eficacia de una intervención de *counselling* breve (telefónica o en persona) tras un intento de suicidio durante 18 meses y la comparó con el tratamiento habitual (Fleischmann, 2008). En aquellos que recibieron la intervención se observaron unas tasas de suicidio consumado significativamente menores que en el grupo control (0,2% frente a 2,2%). Otro estudio realizado en Barcelona, con una muestra de 991 pacientes atendidos en urgencias tras una tentativa de suicidio (Cebrià, 2013) evaluó la eficacia de un programa de seguimiento telefónico con 5 llamadas breves de control por profesionales de enfermería (evaluación del estado clínico y adherencia al tratamiento) durante 12 meses. Aquellos que recibieron la intervención presentaron unas tasas de reintento significativamente menores que el grupo control (un 8% menores) y un retraso significativamente mayor en la repetición de la tentativa. Otro estudio, evaluó la eficacia de una intervención telefónica breve 1 mes y 3 meses tras un intento de suicidio en una muestra de 605 pacientes (Vaiva, 2006). La intervención se asoció a una reducción significativa en la tasa de reintento a los 6 meses de seguimiento respecto del grupo control, que no había recibido atención telefónica (un 10% menor). Un estudio reciente (Miller, 2017), evaluó el efecto de varias intervenciones breves incluyendo el seguimiento telefónico durante 17 meses en un grupo de pacientes con intento de suicidio o ideación suicida reciente atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. La intervención se asoció a una reducción absoluta del riesgo de intento de suicidio del 5% (23% vs 18%).

Teniendo en cuenta dichos resultados, globalmente no puede apoyarse la hipótesis planteada de que una intervención 6 meses proporcionaría resultados similares a los observados en la literatura con 12 o más meses y sugieren la necesidad de mantener un mínimo de 12 meses el seguimiento. Al analizar las curvas de supervivencia tampoco observamos ventajas a largo plazo de la intervención. El planteamiento propuesto en nuestro estudio sí parece retrasar los reintentos en los pacientes lo que podría asociarse a un menor riesgo futuro de suicidios consumados (Cebrià, 2013) pero no mejora los porcentajes de reintento ni el número de tentativas, por lo que no estaría justificada su aplicación. No

está claro a qué se podría deber la ventaja de mantener 6 meses más el contacto telefónico con el paciente, en especial fuera del periodo de máximo riesgo, pero podría relacionarse con aspectos de mejora en la vinculación y adherencia a los tratamientos psiquiátricos del paciente (aspecto central de la intervención telefónica), que podrían requerir un tiempo más prolongado de trabajo con el paciente. En cualquier caso, se puede considerar que el estudio ha podido cumplir con sus objetivos y aportar información que contribuya a definir las características óptimas de una intervención de prevención de suicidio de bajo coste y fácil generalización y que aplicada bajo determinadas condiciones ha demostrado en la literatura ser útil para reducir el número de reintentos y/o retrasarlos.

Por otro lado, aunque hubiera sido deseable haber obtenido porcentajes algo más altos de adherencia, los resultados obtenidos sugieren que la propuesta es viable y al menos igual de la aceptada por los pacientes que otros tratamientos habituales en salud mental (Chakrabarti, 2014; Nieuwlaat, 2014).

Un aspecto adicional de interés es el hecho de que los porcentajes de reintento a 12 meses en la muestra del estudio (tanto el grupo intervención como el grupo control) son relativamente bajos comparando con la literatura. Un estudio de revisión sistemática mostró porcentajes de reintento a los 12 meses del 16% en pacientes dados de alta de servicios hospitalarios (Owens, 2002), cifra bastante superior a los 10,6% (grupo intervención) y 9,3% (grupo control) de nuestra muestra. Sería necesario un estudio complementario para estudiar el alcance de este hallazgo en el que se analizaran los diversos factores que hubieran podido influir, tales como las características del seguimiento ofrecido por parte del sistema sanitario (quizás más intensivo en nuestro caso), entre otros.

Respecto de la aplicabilidad futura de la propuesta en nuestro contexto (Comunidad Autónoma del País Vasco), el modelo de intervención propuesto podría ser fácilmente aplicable en la práctica clínica cotidiana e incluso generalizable a todo el territorio ya que se basa en una técnica de seguimiento clínico de bajo coste (teléfono) y se realiza por parte de profesionales de Consejo Sanitario. Esto es un recurso que ya está en funcionamiento en nuestro sistema de salud, cuyos profesionales cuentan con experiencia en la intervención y han recibido la formación necesaria para realizarla. Para generalizar esta intervención sería necesario informar a los profesionales de salud mental de los recursos de urgencias sobre su existencia y sensibilizarlos sobre la utilidad potencial de la misma. La carga de trabajo adicional para el profesional sanitario de urgencias podría considerarse mínima.

Cabe por último destacar, como beneficios adicionales de la puesta en marcha de este modelo de atención, durante el estudio:

- Se ha formado al equipo de enfermería de Consejo Sanitario para dar una mejor respuesta general ante el riesgo de suicidio, situación clínica a la que este equipo se enfrenta en su día a día (al margen del estudio).

- Además ha permitido poner en marcha un sistema de comunicación específico entre profesionales de distintos recursos asistenciales que ha logrado dar una respuesta más rápida y eficaz a este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

- Los resultados (eficacia preventiva y adherencia) apoyan la modalidad de intervención propuesta siempre y cuando se pueda garantizar una duración del seguimiento de al menos 12 meses.
- Las muestras analizadas, tanto el grupo intervención como el control, muestran porcentajes de reintento a los 12 meses sensiblemente inferiores a la literatura sugiriendo la presencia de factores protectores específicos que convendría estudiar.
- Deben tenerse en cuenta las limitaciones del estudio, en especial un posible sesgo de selección de los pacientes y variabilidad observada en la codificación de tentativas.

REFERENCIAS

- Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a metaanalysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Nov 4;4:37
- Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, Laredo A, Vallès V, Caverio M, Oliva JC, Hegerl U, Pérez-Solà V, Palao DJ. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):269-76.
- Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014 Jun 22; 4(2): 30–36.
- Colman I, Newman SC, Schopflocher D, Bland RC, Dyck RJ. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109,306–312.
- De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Salander- Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D, Caon F, Scocco P. Repetition of suicidal behavior in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2002; 72,291–295
- Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D: Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005, 187:186-187.
- European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. COM(2005)484. Luxembourg: European Communities. 2005
- European Commission. Health Strategy, 'Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Luxembourg: European Communities. 2007
- European Commission. European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-Level Conference Together for Mental Health and Wellbeing. Brussels, 12-13 June 2008.
- European Parliament. Resolution on Mental Health. 19 February, 2009. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2009-0034&language=EN>
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008 Sep;86(9):703-9.
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, Haro JM, Alonso J. Use of Primary and Specialized Mental Health Care for a Major Depressive Episode in Spain by ESEMeD Respondents. *Psychiatr Serv*. 2011 Feb;62(2):152-61
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica* 2007; 129 (13): 494-500.

- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170:205–228.
- Kapur N, Cooper J, Rodway et al. Predicting the risk of repetition after self-harm: cohort study. *British Medical Journal* 2005; 330:394–395.
- Luxton D, June JD, Comtois KA. Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? A Review of the Evidence. *Crisis* 2013; Vol. 34(1):32–41
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74.
- Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Espinola JA, Jones R, Hasegawa K, Boudreaux ED; ED-SAFE Investigators. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jun 1;74(6):563-570.
- Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 20;(11):CD000011.
- Osakidetza. Estrategia en salud mental de la CAPV. Gazteiz. 2010.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;181:193-9.
- Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2003; 32:284–289.
- Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, Goudemand M. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1241-5.
- Vaiva G, Walter M, AlArab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, Duhem S, Ducrocq F, Goldstein P, Libersa C. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2011 Jan 2;11:1.
- van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Remoortel JV. The management of noncompliance with referral to out-patient aftercare among attempted suicide patients: A controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 1995; 25, 963–970.
- Wahlbeck K. Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide. Luxembourg: European Communities. © European Communities, 2009
- WHO. The world health report: mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2010

- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005
- WHO. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: 2013.
- Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. Death Stud. 2007 Apr;31(4):351-61.

ANEXO 1: PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE CASOS A PARTIR DE LOS REGISTROS DE URGENCIAS

PASO 1: Elaborar listados de pacientes que cumplan los siguientes criterios

- a) Haber sido valorados en urgencias de medicina general recibiendo posteriormente una interconsulta con psiquiatría de urgencias, o haber tenido un ingreso desde urgencias de medicina general y una interconsulta con psiquiatría durante ese ingreso.
- b) Fecha del 01 de julio de 2014 al 01 de abril de 2017
- c) Tener alguno de los siguientes términos en el “Diagnostico”: Suicidio, autolisis, autolesión, intoxicación, envenenamiento, ingesta, corte, incisión, lesión, traumatismo, caída, precipitación, asfixia, ahogamiento.

PASO 2: A partir del listado anterior incluir los pacientes con alguno de los siguientes

“Diagnosticos”:

- Intoxicación, ingesta, sobreingesta, autointox, poliintox ... de fármacos.
- Psicotropos o no; Accidental o no; Intoxicación de alcohol y Antabús
- Autolesión; Riesgo autolítico; Amenaza de autolisis
- Intencionalidad suicida o similar;
- Sospecha de intento, dudoso intento-intoxicación...
- Intento autolisis; Gesto autolesivo; Parasuicidio
- Traumatismo, contusión, corte, fractura, hematoma, herida
- Traumatismo Craneoencefálico, Policontusionado, politrauma
- Precipitado; Inhalación humos

Se excluyen:

- Intoxicación, ingesta, sobreingesta, autointox, poliintox ... relacionado con alcohol y drogas
- Ideación autolítica, suicida etc
- Agitaciones, alteraciones de conducta
- Trastornos psiquiátricos en general (ansiedad, episodio depresivo, episodio psicótico etc)
- Cualquier concepto en el que se especifique "sin intencionalidad autolítica"

PASO 3: Del listado de casos resultantes considerar “intento de suicidio” y por lo tanto un caso a incluir en el estudio, aquellos en cuyos “Diagnósticos” aparezca el término “autolisis, suicidio, parasuicidio”, “autointoxicación” o similar, “intoxicación voluntaria, no accidental” o similar.

PASO 4: El resto de casos se revisarán a mano (revisión del informe de alta) para decidir su inclusión o no. Criterios para considerar “intento de suicidio” un caso revisado a mano:

- a) “Sí”: Cualquier caso en el que el paciente refiera intención autolítica o ambivalente.
Casos de autointoxicación/intoxicación voluntaria de fármacos en el que no se concreta finalidad en el informe.
- b) “No”: Resto (“querer dormir” etc.)